

**PATOLOGÍAS ORALES DIAGNOSTICADAS EN LA CLÍNICA
INTEGRAL DE ADULTOS I, II, III Y IV DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO
SEDE CENTRO PRIMER SEMESTRE DEL 2004**

**INVESTIGADORES
IRMA LILIANA PUENTES MATAALLANA
LAUREN THADIANA MORALES
PATRICIA RODRÍGUEZ HIDALGO
DIANA CAROLINA CHÁVEZ PALACIOS**

**Trabajo de Grado para Optar el Título de
ODONTÓLOGO**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTA
2005**

**PATOLOGÍAS ORALES DIAGNOSTICADAS EN LA CLÍNICA
INTEGRAL DE ADULTOS I, II, III Y IV DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO
SEDE CENTRO - PRIMER SEMESTRE DEL 2004**

INVESTIGADORES

**IRMA LILIANA PUENTES MATAALLANA
LAUREN THADIANA MORALES
PATRICIA RODRÍGUEZ HIDALGO
DIANA CAROLINA CHÁVEZ PALACIOS**

ASESOR CIENTÍFICO

**Dra. MARTHA LUCIA CAYCEDO ESPINEL
ODONTÓLOGA ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**

ASESOR ESTADÍSTICO

**Dra. MÓNICA PACHÓN RODRÍGUEZ
ESTADÍSTICA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
BOGOTA
2005**

DEDICATORIA

A Dios, por darnos la vida, sueños e ilusiones...

A nuestros Padres quien con sus grandes esfuerzos, aportes y desvelos nos permitieron realizar cada uno de esos sueños, de esas ilusiones; apoyándonos con amor en cada etapa de nuestra carrera y dándonos fuerzas siempre en cada momento para continuar...

Patricia, Irma, Tadhiana, Carolina.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestros agradecimientos:

A la **Dra. Martha Lucia Caycedo Espinel**, quien con su apoyo, dedicación y colaboración hizo parte fundamental en el desarrollo de tan importante logro en la culminación de nuestra carrera.

A la **Dra. Mónica Pachón Rodríguez**, quien con sus aportes intelectuales facilitó la realización y culminación de este proyecto de grado.

Al **Ing. Luis Fernando Dávila Martínez**, por su ayuda, apoyo y entrega incondicional en todo momento.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	2
1.3 PROPÓSITO.....	3
1.4 MARCO REFERENCIAL.....	3
1.4.1 Marco Legal.....	3
1.4.2 Marco Histórico.....	4
1.4.3 Aspectos socio-demográficos.....	5
1.4.4 Marco teórico.....	9
1.4.4.1 Grupo I Enfermedades de los tejidos duros.....	9
1.4.4.2 Grupo II Enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales.....	19
1.4.4.3 Grupo III Enfermedades de los tejidos periodontales.....	22
1.4.4.4 Grupo IV Enfermedades de los tejidos blandos.....	25
1.4.4.5 Grupo V Tumores malignos, benignos y quistes.....	28
1.4.4.6 Grupo VI Enfermedades de los maxilares.....	36
1.4.4.7 Grupo VII Anomalías de trastorno de estructura y función de la cavidad bucal.....	37
1.4.4.8 Grupo VIII Pérdida de dientes por exfoliación o accidente.....	38
1.5 OBJETIVOS.....	39
1.5.1 Objetivos General.....	39
1.5.2 Objetivos Específicos.....	39
2. MÉTODO	40
2.1 TIPO DE ESTUDIO.....	40
2.2 OBJETO DE ESTUDIO.....	40

2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	40
2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	42
2.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
2.6 PROCEDIMIENTO.....	43
2.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	44
3. RESULTADOS.....	46
4. DISCUSIÓN	51
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFÍA.....	53
ANEXOS.....	56

INTRODUCCIÓN

La realización de este proyecto tuvo como finalidad presentar a la comunidad universitaria el estado de morbilidad bucal de los pacientes atendidos en consulta odontológica en las clínicas de adultos del Colegio Odontológico Colombiano en la sede centro.

Las políticas, planes y estrategias para preservar la salud bucal deben orientarse a todos los grupos etéreos y enfocarse en aspectos relacionados con la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud oral.

El estado de la salud bucal de una población en un momento dado refleja en primer lugar el acceso a la prevención y educación y en segundo lugar el acceso a los servicios para el tratamiento de los problemas.

Es importante determinar la situación de morbilidad oral dentro de un diagnostico de salud, para que la gestión y toma de decisiones se orienten de acuerdo al conocimiento de la situación de la comunidad, y así poder cambiar el rumbo de las tendencias de morbilidad bucal; generando expectativas que promuevan programas de acción en beneficio de la salud.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las clínicas de adultos del Colegio Odontológico Colombiano son lugar de atención de pacientes de todos los niveles socioeconómicos, los cuales asisten a consulta odontológica y son atendidos por alumnos de séptimo, octavo, noveno y décimo semestre.

En el estudio reportado por García y colaboradores, 1998, sobre la frecuencia de los diagnósticos de la enfermedad periodontal en la clínicas de postgrado de periodoncia y biología oral en el C.O.C de 1996 a 1997 se concluyó que el 50.6% de los pacientes de la clínica de postgrado de Periodoncia y Biología Oral del Colegio Odontológico Colombiano presentaba periodontitis. El 40.3% presentaba gingivitis y el 1% otras. La periodontitis del adulto fue más marcada en pacientes mujeres de 36 a 46 años. El diagnóstico de gingivitis por edad y sexo se presenta más frecuente en pacientes mujeres mayores de 36 años. (ROJAS Y COLABORADORES 1998).

Los estudios anteriores reportan patologías como: caries, enfermedades periodontales o gingivitis, pero surge en el grupo de investigación la curiosidad de saber ¿Cuáles son las patologías orales reportadas en la clínica integral de adultos I, II, III y IV del C.O.C. sede centro durante el primer semestre del 2004?

1.2 JUSTIFICACIÓN.

Teniendo en cuenta que no existe un informe de las patologías orales reportadas en la clínica integral de adultos I, II, III y IV del C.O.C. sede centro, se realizará

este estudio con el fin de identificar dichas patologías y la frecuencia con que estas se presentan en la clínicas, aportando a la institución una base de datos que en un futuro sirva para la realización de nuevas investigaciones.

Siendo la clínica del C.O.C sede centro un escenario de atención de todos los posibles pacientes, permite la apropiación de conocimientos, habilidades y destrezas para el futuro ejercicio profesional; la identificación de la frecuencia de las patologías reportadas permite ampliar los conocimientos del C.O.C.

1.3 PROPÓSITO

Se pretende presentar a la comunidad universitaria las patologías orales diagnosticadas en la clínica integral de adultos I, II, III y IV del C.O.C sede centro; de tal forma que puedan ser orientadas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de atención durante el tratamiento con el ánimo de garantizar en la comunidad de usuarios una excelente atención.

1.4 MARCO REFERENCIAL.

1.4.1 Marco legal

Un diagnóstico de salud, está basado en la normatividad contemplada dentro del marco nacional, distrital y local, el sistema de planeación vigente, los lineamientos del plan nacional de desarrollo, el salto social y del plan formar ciudad. (SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 1998).

Por otro lado la Ley 100 de 1993 destaca la importancia de determinar los perfiles epidemiológicos, dentro de un diagnóstico de salud. Así, la gestión y toma de decisiones estarán orientadas de acuerdo con el conocimiento de la situación de salud de la comunidad, para cambiar el rumbo de las tendencias de morbilidad, detectar los cambios y promover programas de mantenimiento de la salud y

prevención de la enfermedad. El diagnóstico de salud, permite beneficiar a los sistemas de salud y a las comunidades, gracias a que orienta la inversión de sus recursos. (MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. Ley de seguridad social, ley 100 de 1993).

1.4.2 Marco Histórico

La idea de fundar el Colegio Odontológico Colombiano fue concebida cuando el Dr. Jorge Arango Tamayo, se encontraba estudiando y ejerciendo la odontología en Buenos Aires Argentina. En 1973 el Dr. Jorge Arango Tamayo, se reintegro a la facultad de odontología de la universidad Nacional y como profesor de materiales dentales reunió al grupo de colaboradores para comunicarles la intención de fundar una nueva facultad de odontología, la cual fue acogida con entusiasmo y todos participaron en el proyecto del C.O.C a la cabeza de su fundador. Fue así como el Colegio Odontológico Colombiano inició labores el 20 de junio de 1975, en una vieja casona de la calle 13 entre carreras 4ª y 5ª un día lunes a las 7:00 a.m donde ingresaron los primeros estudiantes.

Mientras se iniciaban las labores con primer semestre, en la misma forma se fueron ubicando tres casonas más en el sector de la candelaria en la calle 13 entre carreras 3ª y 5ª. Estas casa tuvieron que adaptarse para aulas, laboratorios y oficinas. Se abrieron tres jornadas: 2 diurnas y 1 nocturnas donde tenían practicas de Lunes a Sábado.

En Julio de 1977, en el piso sexto del edificio de la calle 13 No 9-56 se inicio la primera clínica con alumnos de quinto semestre. En aquella época el plan de estudios era de ocho semestres.

En 1978 bajo la dirección del Dr. Farid Saab Cálela se organiza el Laboratorio

Académico de Prostodoncia en el piso décimo. En el piso noveno y durante varios años funcionaron los más complejos quirófanos.

Posteriormente a la terminación del edificio de clínicas y ante la incomodidad y el deterioro de las casonas, el Dr. Arango Tamayo adquiere a los Pradilla unos terrenos en el kilómetro 20 de la autopista norte; con una extensión aproximada de 10 hectáreas y construye el “campus universitario”.

Actualmente el C.O.C. cuenta con las clínicas integrales de adultos de séptimo a décimo semestre en la sede centro donde se realizan procedimientos odontológicos a todos los pacientes que asisten a consulta distribuidos de la siguiente manera: en el primer piso presta los servicios de cirugía y caja, en el segundo piso presta los servicios de Rx y central de historias, en el tercer piso se encuentran los servicios de odontopediatría y valoración, en el cuarto y sexto piso se presta el servicio de clínica integral de adultos (endodoncia, periodoncia, operatoria y tratamientos integrales), en la carrera 9ª No. 40-09 se presta el servicio de periodoncia y ortodoncia.

1.4.3 Aspectos socio-demográficos

Bogotá es una de las ciudades con mayor crecimiento poblacional en gran parte debido a sus características de ciudad capital. Para 1999 era la ciudad más poblada del país con 6.3 millones de habitantes, lo que representaba cerca del 15.3% de la población total del país, al tiempo que poseía la mayor tasa de crecimiento poblacional 2.29% de las cuatro grandes ciudades. A junio de 2001 según datos del Departamento de Planeación Distrital (DAPD) la población total alcanzó la cifra de 6.422.794 habitantes. (Departamento Administrativo de Planeación Distrital – DAPD. Mayo 1999.)

En lo relacionado con la composición de la población por grupos de género y

edad a junio de 2001 los hombres representaban el 47.36% mientras que las mujeres el 52.62%. La distribución por edad muestra una supremacía del grupo de 20 a 49 años, en ambos géneros, a partir de lo cual se puede caracterizar la población como joven pero con una tendencia al envejecimiento y con una disminución de la población joven e infantil para el largo plazo . (Departamento Administrativo de Planeación Distrital – DAPD. Mayo 1999.)

Según el indicador de estratos utilizado por el Dane para 1999 en los estratos 1 y 2 se encontraba el 37.65% de la población, es decir 2.418.182 habitantes y en el estrato 3 el 47.07% de la población, es decir 3.023.210 habitantes.

1.4.3.1 Principales causas de morbilidad general

Una mirada de las primeras causas de consulta según grupo de edad entre 1987 y 1998 permite observar los siguientes aspectos:

Menores de 1 año: enfermedades respiratorias, con tendencia al aumento; enteritis y otras enfermedades diarreicas.

De 1 a 4 años: El cuadro es similar al anterior, con enfermedades respiratorias agudas en primer lugar, con gran peso para este grupo; seguida de la enteritis y otras enfermedades diarreicas. (Diagnóstico Sectorial de salud. Junio del 2002).

De 5 a 14 años: aparece como primera causa de consulta las enfermedades de los dientes y estructuras de sostén, persisten las enfermedades respiratorias agudas y la enfermedad diarreica aunque con menor peso en comparación con los dos grupos anteriores. Para este grupo las laceraciones, heridas y trauma comienzan a aparecer dentro de las diez primeras causas de consulta. (Diagnóstico Distrital de Salud. Agosto del 2000).

De 15 a 44 años: la primera causa son las denominadas enfermedades de los órganos genitales. Esta patología en 1993 pasó a segundo lugar por las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo y en 1997 por las enfermedades de los dientes y las estructuras de sostén. Otras causas frecuentes de consulta son las laceraciones, heridas y traumatismos de los vasos y las infecciones respiratorias agudas. (Diagnóstico Sectorial de salud. Junio del 2002).

De 45 a 59 años: aparece la enfermedad hipertensiva como principal factor de consulta con tendencia al incremento como resultado de una mejor diagnóstico precoz y oportuno. En segundo lugar se encuentran las enfermedades clasificadas como otras enfermedades de los órganos genitales. Otras enfermedades de interés son las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo y las enfermedades de los ojos y sus anexos. (Diagnóstico Distrital de Salud. Agosto del 2000).

De 60 años y más: la enfermedad hipertensiva ocupa el primer lugar como causa de morbilidad, seguida de otras enfermedades del aparato respiratorio, de los ojos y sus anexos y las cataratas. (Diagnóstico Sectorial de salud. Junio del 2002).

Un análisis de la morbilidad general por causa señala en primer lugar entre 1986 y 1997 a las infecciones respiratorias con un peso de 16.45%, siendo el grupo de menores de 14 años la población más afectada; seguidas por las enfermedades de los dientes y estructuras de sostén con un 7.4%, las enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo y las diarreicas con un peso de 4.4% cada una. (Diagnóstico Distrital de Salud. Agosto del 2000)

Se puede decir que sigue teniendo un gran peso en la morbilidad las enfermedades prevenibles referidas a problemas respiratorios y gastrointestinales y hace un aporte importante a esta morbilidad las lesiones físicas, al igual que la

enfermedad hipertensiva para el caso de los adultos. (Diagnóstico Distrital de Salud. Agosto del 2000).

1.4.3.2 Principales causas de morbilidad oral

Las principales causas de enfermedad oral en Colombia según los resultados reportados en el tercer estudio nacional en salud de 1998 fueron:

Caries dental: es la principal causa de morbilidad oral en la población colombiana presentándose en edades desde los 5 años hasta los 65 y más. (Tercer estudio nacional de salud bucal. 1998)

Enfermedad periodontal: es la segunda causa más importante de morbilidad oral en la población general. 50.2% presentó pérdida de inserción, siendo mayor la prevalencia en hombres, 52.6%, que en mujeres 47.6%. La proporción de personas con pérdida de inserción periodontal aumenta proporcionalmente con la edad afectando a 32.8% de las personas de 15 – 19 años y a 87% de las de 55 y más. (Tercer estudio nacional de salud bucal. 1998)

Fluorosis dental: Es la tercera causa de morbilidad oral en Colombia. La población en edades comprendidas entre los 6,7,12,15 y 19 años presentó una porción de fluorosis de 11.5% con la forma leve en 10.7% de los encuestados y moderada en 0.8%. (Tercer estudio nacional de salud bucal. 1998)

La situación de la salud bucal de una población en un momento dado refleja en primer lugar el acceso a la prevención y educación y en segundo lugar el acceso a los servicios para el tratamiento de los problemas. (Tercer estudio nacional en salud 1998).

La caries y enfermedad periodontal han sido históricamente los problemas bucales

más frecuentes; en muchas regiones del mundo se ha invertido gran cantidad de recursos en el tratamiento de sus secuelas, en su prevención y en la investigación sobre los factores asociados y la mejor forma de controlarlos. (Tercer estudio nacional en salud 1998).

Según el boletín epidemiológico, en Bogotá la población con mayor porcentaje de consulta fueron los niños y jóvenes entre 5 y 14 años, que correspondió a un 45.2%, seguido del grupo de 15 a 44 años que correspondió aun 37.1%. Y el principal motivo de consulta fue las enfermedades de los tejidos duros, enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales y finalmente enfermedades de los tejidos periodontales.

Basados en el reporte del boletín epidemiológico Distrital de 1998 se puede hacer una clasificación de la morbilidad oral en Bogotá así:

1.4.4 Marco teórico

1.4.4.1 GRUPO I ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DUROS. I. A. Caries

Enfermedad multifactorial que implica una interacción entre los dientes, saliva y microflora oral como factores del huésped y la dieta como factor externo. La enfermedad es una forma singular de infección en la cual se acumulan cepas específicas sobre la superficie de el esmalte, donde elaboran productos ácidos y proteolíticos que desmineralizan la superficie y digieren su matriz orgánica. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).

La caries dental es un proceso patológico complejo de origen infeccioso y transmisible que afecta a las estructuras dentarias y se caracteriza por un desequilibrio bioquímica que conduce a cavitación y alteraciones del complejo dentino-pulpar (CABRERA, 1991).

Es un proceso patológico que causa la destrucción de los dientes y es una de las enfermedades más comunes en el ser humano; afecta principalmente los molares con mayor incidencia en los de maxilar superior y es la principal causa de pérdida de piezas dentales (PÉREZ, 2000).

Tipos:

- **Caries de fisuras:** se localiza en fisuras y fosas oclusales y en las superficies lisas de cara vestibular y lingual, interproximal en esta en la zona continua apical al área de contacto. (SAPP; EVERSOLE; WY SOCKI. 1998).
- **Caries de superficies lisas:** se produce en esencia en las caras interproximales de los dientes que no son autolimpiables, a veces se verán afectadas las zonas cervicales y linguales. (SAPP; EVERSOLE; WY SOCKI. 1998).
- **Caries radicular:** se encuentra en pacientes que han presentado recesión gingival, se inicia y progresa de manera distinta a la caries del esmalte y de la dentina. (SAPP; EVERSOLE; WY SOCKI. 1998).
- **Caries recurrente:** es el termino que se aplica a la caries que se origina alrededor de una restauración anterior. Las lesiones suelen originarse como consecuencia de una alteración de la integridad de la restauración que conduce a la formación de zanja o pérdida marginal. (SAPP; EVERSOLE; WY SOCKI. 1998).
- **Caries del esmalte:** se localiza en la superficie mesial y distal, punto de contacto con el diente adyacente. (SAPP; EVERSOLE; WY SOCKI. 1998).

Esta caries es asintomática, por lo general es extensa y poco profunda. En la caries de esmalte no hay dolor, esta se localiza al hacer una inspección y exploración. Normalmente el esmalte se ve de un brillo y color uniforme, pero cuando falta la cutícula de Nashimith o una porción de prismas han sido destruidos, este presenta manchas blanquecinas granuladas. En otros casos se ven surcos transversales y oblicuos de color opaco, blanco, amarillento, café. (MANUAL DE OPERATORIA ORAL, 1991).

- **Caries de dentina:** por lo general, la caries de la dentina evoluciona a una velocidad mucho más rápida que la caries del esmalte. La dentina es más porosa porque contiene túbulos y está menos densamente mineralizada. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).

Aquí la caries ya atravesó la línea amelo-dentinaria y se ha implantado en la dentina, el proceso carioso evoluciona con mayor rapidez, ya que las vías de entrada son más amplias, pues los túbulos dentinarios se encuentran en mayor número y su diámetro es más grande que el de la estructura del esmalte. En general, la constitución de la dentina facilita la proliferación de gérmenes y toxinas, debido a que es un tejido poco calcificado y esto ofrece menor resistencia a la caries.

Al hacer un corte longitudinal de un diente con caries en dentina; se encuentran tres zonas bien diferenciadas y que son de afuera hacia adentro:

- 1- Zona de reblandecimiento o necrótica.
- 2- Zona de invasión o destructiva.
- 3- Zona de defensa o esclerótica.

(MANUAL DE OPERATORIA ORAL, 1991)

CLASIFICACIÓN DE BLACK

Black padre de la operatoria dental clasificó en cinco grupos las zonas dentales afectadas por caries, así como, las cavidades dependiendo del lugar donde se encuentran y las numero del 1 al 5.

CLASE I: Son las que se encuentran en caras oclusales de premolares y molares, además en el cingulo de dientes anteriores y en los defectos estructurales de todos los dientes.

CLASE II: Se encuentran en caras proximales de molares y premolares.

CLASE III: Se encuentran en las caras proximales de dientes anteriores no llegan hasta el ángulo incisal.

CLASE IV: Se encuentran en todos los dientes anteriores en sus caras proximales, abarcando el borde incisal.

CLASE V: Se encuentran en el tercio gingival de dientes anteriores y posteriores y en caras bucales o linguales.

I. B Otras afecciones de los tejidos duros

Alteraciones de tamaño

Microdoncia y macrodoncia

Son términos utilizados para descubrir dientes con tamaños menor o mayor a lo normal. También pueden presentarse casos donde los dientes se fusionan en uno solo dando la impresión de que es un diente muy grande. El odontólogo le

orientara con el examen clínico y radiográfico sobre el diagnóstico correspondiente, toda vez que hay que determinar si hay una raíz para ambos dientes o se trata de dos raíces, lo cual cambia el diagnóstico.

Estos son algunos tipos de alteraciones que se pueden presentar en el correcto desarrollo de los dientes. Los factores hereditarios, la presencia de síndromes, retardo mental, etc., son importantes de tomar en consideración al momento de relacionarlos con el aspecto bucal. (FELDEMAN, 2003).

- **Microdoncia:** uno o más dientes cuyo tamaño es inferior a lo normal, cuando todos los dientes en ambas arcadas dentarias son menores de lo normal, la alteración se denomina Microdoncia Generalizada. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).

La microdoncia es la alteración en el tamaño de los dientes, estos son más pequeños que lo normal, puede ser local o generalizada. La frecuencia de esta condición no patológica son: incisivos laterales, a los que siguen en orden los terceros molares superiores y después los dientes supernumerarios. Esta alteración está relacionado con un patrón hereditario autosómico dominante. (ACTA ODONTOLÓGICA, 2000).

- **Macrodoncia:** cuando el tamaño del diente es mayor que el normal.(SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).La macrodoncia es la alteración en el tamaño de los dientes estos son más grandes que lo normal, puede ser local o generalizada. (ACTA ODONTOLÓGICA, 2000).

Alteración de forma

- **Dilaceración:** es una encurvación o angulación prolongada de la porción

radicular de un diente. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).

Se refiere a una angulación en la raíz o corona de un diente formado. Su etiología es un trauma sufrido durante la formación del diente, dándose el cambio en la posición de la porción calcificada y el diente restante se forma en ángulo. También puede ser una variación anatómica. (SECRETARIA DE SALUD, 2000).

- **Taurodontismo:** molar con corona alargada y situada en posición apical respecto a la bifurcación de las raíces, da como resultado una cámara pulpar coronal, rectangular y de tamaño mayor o anormal. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).

Se trata de una anomalía de la forma. Cámara pulpar alongada con tronco radicular prolongado. La furca se encuentra más apical de lo normal y las raíces son cortas se debe a un fracaso en la Vaina de Hertwing y se asocio al síndrome de Klinefelter, síndrome Tricodontooseo y a procesos de amelogenénesis imperfecta. (Cavo Valle,2003).

- **Diente invaginado:** afecta incisivos laterales permanentes, se caracteriza por la presencia de la fosita lingual invaginada. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).

El diente invaginado (*dens invaginatus*, *dens in dente*) ha sido descrito como trastorno del desarrollo dental, producido por la invaginación del órgano del esmalte (invaginación coronaria) o de la vaina epitelial de Hertwing (invaginación radicular), en el que existe esmalte, dentina, tejido pulpar, y a veces cemento, dispuestos en ocasiones de modo anárquico. En muchos casos se ha hallado una íntima relación entre el canal invaginado y el canal principal, presentando grandes variaciones en su morfología (Cabo Valle, 2003).

- **Diente invaginado:** anomalía del desarrollo en la cual un área focal de la corona se proyecta hacia fuera y produce lo que parece ser una cúspide adicional. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).
- **Fusión:** diente conformado anormalmente que puede presentar una corona ancha, una corona normal, con una raíz adicional, u otras combinaciones que resulten de la unión de dos gérmenes contiguos por medio de la dentina durante el desarrollo. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).
- **Hipercementosis:** cuando uno o más dientes presentan en ocasiones depósitos de cemento excesivos en la raíz del diente. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).
- **Raíces supernumerarias:** es un número adicional de raíces. Se encuentran en los premolares y caninos de la mandíbula, terceros molares del maxilar superior y la mandíbula más frecuentemente. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).

Alteraciones de número:

Existen algunas anomalías como aquellas que se refieren al número de dientes, ya sean al aumento o disminución en el arco dentario por persistencia de dientes temporales, por existir dientes supernumerarios, por falta de desarrollo de folículos dentarios, por dientes incluidos y por pérdida de dientes. La persistencia de dientes temporales ocurre en ocasiones por mala erupción del diente permanente que lo sustituye, quedando presentes, al mismo tiempo, el diente temporal y el permanente que viene en su lugar (MAYORAL, 1990).

- **Anodoncia total:** es un trastorno raro en el cual no hay dientes temporales ni permanentes. Suele presentarse asociada a un trastorno generalizado tal

como la displasia ectodérmica hereditaria. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).

Podría haber ausencia congénita o falta de todos los dientes. Esto quiere decir, que los dientes no se formaron y por lo tanto el niño no tendrá nunca dientes. Esta alteración puede presentarse tanto para piezas temporales como permanentes. Afortunadamente esta alteración es muy rara y generalmente esta asociada a otro tipo de enfermedad general o síndrome, representando por un conjunto de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad específica, como por ejemplo la Displasia Ectodérmica Hereditaria (FELDMAN, 2003).

- **Anodoncia parcial o hipodoncia:** afecta uno a más dientes, aunque cualquier diente puede faltar congénitamente, algunos dientes tienden a faltar con más frecuencia que otros. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).

Puede presentarse en la dentición temporal y permanente. En la dentición permanente es frecuente observar la ausencia de las cordales o terceros molares, los premolares (los segundos premolares), que deberían estar presentes a partir de los 10 años y los incisivos laterales superiores. En muchos casos hay relación con el factor hereditario. (FELDMAN,2003).

Es producida por varias causas: el espacio insuficiente en el maxilar para alojar los dientes, la obstrucción por alguna barrera física y la disminución de la fuerza eruptiva. La anquilosis, es decir la fusión de un diente con el hueso circunvecino, es otra causa de relación. Esta alteración afecta con más frecuencia los terceros molares inferiores, terceros molares superiores, caninos superiores y premolares superiores e inferiores. (ACTA ODONTOLÓGICA, 2000).

- **Dientes supernumerarios:** dientes en exceso sobre el número normal, más frecuentes en la mandíbula y por lo general se encuentran en la línea media.

Son los que sobrepasan el número normal de dientes, o sea más de 20 temporales o más de 32 en los permanentes (FELDMAN,2003).

Los supernumerarios son dientes adicionales que se desarrollan a partir de un tercer germen dental que surge de la lámina dental cercana al germen permanente. Su etiología parece que es de tendencia hereditaria y se transmite como un rasgo autonómico dominante, el diente supernumerario se puede encontrar en cualquier sitio, aunque su ubicación más frecuente es entre los centrales superiores (mesodens), aislado o en pares, con alguna frecuencia erupcionado. Puede parecerse al diente que dio origen y ser de tamaño normal o presentarse como un diente rudimentario pequeño, muchas veces de corona cónica y raíz corta. Es frecuente ver que los premolares en mandíbula son bilaterales. Están asociados a la disostosis cleidocraneal y al síndrome de Gardner. El 90% se presenta en el maxilar superior. (SECRETARIA DE SALUD, 2000)

- **Dientes pretemporales:** Son estructuras que no poseen raíz y que se presenta antes de la aparición de los verdaderos dientes temporales o primarios. (FELDMAN, 2003).

Alteraciones de la erupción

Se han relacionado con cambios anormales en el tejido conjuntivo que recubre el germen dentario, donde la erupción de los incisivos permanentes sucesores generalmente se retrasa un año después de la pérdida prematura de los incisivos temporales, mientras que la erupción prematura de los sucesores permanentes es poco frecuente; además la erupción de los dientes afectados ocurre con

frecuencia en versión vestibular o lingual. (J.O.ANDREASEN, 1981).

- **Erupción prematura:** es cuando uno o dos dientes erupcionan muy rápido más común en los incisivos centrales inferiores temporales. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).
- **Erupción retardada:** se refiere a la primera aparición de los dientes temporales en relación con la edad normal. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).
- **Dientes impactados:** dientes que siguen formándose dentro del hueso pero fracasan en el proceso de erupción. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998). Cuando se habla de un diente impactado o incluido se trata de un diente que no ha erupcionado en un tiempo previsto, para su aparición; presenta un saco peri coronario intacto y no se comunica con la cavidad oral.

Se utiliza profusamente el término de diente incluido o impactado, en la literatura anglosajona, para todo diente que presente cierta anomalía en su posición o situación que le impide erupcionar normalmente. Se entiende por retención dentaria, aquel diente que llegada la época normal de erupción se encuentra detenido parcial o totalmente y permanece en el maxilar sin erupcionar.(VELLINI, 2002).
- **Secuestro de erupción:** pequeña espícula de tejido calcificado que es expulsada a través de la mucosa alveolar que recubre un molar en proceso de erupción.(SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998). El que no ha perforado la mucosa bucal y por lo tanto no ha adquirido una posición normal en el maxilar, se incluyen tanto los dientes impactados como dientes en proceso de erupción.

Fragmento óseo irregular que no alcanza a absorberse durante el proceso de

erupción dental. Su etiología hace referencia a cuando la erupción es muy rápida no hay reabsorción completa, quedando el secuestro ubicada entre la corona del diente y el tejido blando. El paciente puede presentar dolor en el área, producido por la compresión del tejido blando sobre la espícula ósea durante la masticación. (SECRETARIA DE SALUD, 2000).

1.4.4.2 GRUPO II ENFERMEDADES DE LA PULPA Y TEJIDOS PERIAPICALES

Las enfermedades periodontales son un conjunto de enfermedades que afectan a los tejidos (periodonto) que rodean y sujetan a los dientes en los maxilares. Son enfermedades de naturaleza inflamatoria y de causa infecciosa (causadas por bacterias) que dependiendo de su grado de afectación se denominan gingivitis, cuando el proceso inflamatorio solamente afecta al periodonto superficial (la encía) y no están afectados los tejidos que sujetan el diente.

Cuando el proceso inflamatorio afecta a los tejidos periodontales profundos, se produce destrucción del hueso y ligamento que soportan y sujetan los dientes. A este grado de afectación se le denomina periodontitis. Si la periodontitis no se trata, evoluciona destruyendo todo el soporte del diente y con ello el alojamiento y pérdida del mismo (SECRETARIA DE SALUD, 2000).

- **Pulpitis:** inflamación del tejido pulpar que puede ser aguda o crónica con o sin síntomas reversible o irreversible. Puede ser causada por diversas circunstancias y cada una produce un efecto dañino sobre la pulpa dental (SAPP; EVERSOLE; WY SOCKI. 1998).

La inflamación de la pulpa puede ser aguda o crónica, parcial o total, y la pulpa puede estar estéril o infectada. Debido a que la extensión de la inflamación, ya sea parcial o total, en ocasiones no puede ser determinada ni siquiera histológicamente, y puesto que el estado bacteriológico, infectado o estéril, no

puede ser determinado excepto con cultivos o frotis, la única diferenciación clínica posible en la pulpitis es en aguda y crónica. (BAUME,2003).

- **Pulpitis reversible:** implica que la pulpa pueda recuperarse totalmente sin los factores irritantes son eliminados. Una de las primeras formas de pulpitis, se caracteriza microscópicamente por la dilatación de los vasos pulpares, se puede reunir liquido de edema debido al daño a las paredes capilares,. Se considera como un trastorno reversible, se elimina el irritante antes de que dañe gravemente la pulpa. (SAPP; EVERSOLE; WY SOCKI. 1998).

Es una condición inflamatoria de suave a moderada de la pulpa causada por estímulos nocivos en la cual la pulpa es capaz de retornar al estado no inflamatorio después de retirado el estímulo. (BAUME, 2003).

Se aprecia dentina reparativa, interrupción de la capa odontoblastica, vasos dilatados, extravasación del liquido edematoso y la presencia de células inmunocompetentes inflamatorias crónicas, aún cuando puede presentarse células de inflamación aguda. (SECRETARIA DE SALUD, 2000).

- **Pulpitis irreversible:** cuando no hay probabilidad de que la pulpa se recupere. (SAPP; EVERSOLE; WY SOCKI. 1998).

Es una condición inflamatoria de suave a moderada de la pulpa causada por estímulos nocivos en la cual la pulpa es capaz de retornar al estado no inflamatorio después de retirado el estímulo. Se aprecia dentina reparativa, interrupción de la capa odontoblástica, vasos dilatados, extravasación del líquido edematoso y la presencia de células inmunocompetentes inflamatorias crónicas, aún cuando pueden presentarse células de inflamación aguda (Secretaría de Salud, 2000).

- **Pulpitis aguda:** puede estar implicando un cuerno pulpar, o toda la pulpa por

consecuencia de invasión bacteriana. Es sintomática. Es la inflamación aguda extensa de la pulpa dental, es una secuela inmediata y frecuente de la pulpitis reversible, aunque también puede ocurrir como una exacerbación aguda de un proceso inflamatorio crónico (SHAFFER, 1977).

La pulpitis aguda es una de las enfermedades odontológicas que produce mayor dolor. Es un dolor continuo, espontáneo, irradiado, que no cede al retirar el estímulo, aumenta con el decúbito (por eso durante la noche se deben levantar, al tener menos dolor derechos que acostados), ya que aumenta la presión sanguínea intrapulpar y con estímulos fríos, calientes, ácidos y dulces se desencadena más dolor. (BAUME, 2003)

- **Pulpitis crónica:** suele ser la encontrada en los dientes más viejos, porque la mayoría de esos dientes han sido sometidos a reparaciones anteriores o sufren una forma de caries lentamente progresiva. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998). Puede surgir en el caso de una pulpitis aguda previa latente pero con más frecuencia ocurre como enfermedad crónica desde su inicio. Clínicamente presenta dolor sordo moderado, reacción al cambio térmico. Debido a la degeneración del tejido nervioso.

Son poco dolorosas y hay dos tipos: pulpitis crónica ulcerada y el pólipo pulpar. La pulpitis crónica ulcerada es una entidad de evolución lenta, la pulpa presenta una inflamación que se manifiesta al masticar, hay solo ligeras molestias, la pulpa recibe noxas bacterianas por infiltraciones en piezas obturadas o desde el espacio periodontal.

El pólipo pulpar o pulpitis crónica hiperplásica es una hiperplasia de tejido conjuntivo, de forma que la pulpa aumentada de tamaño emerge por la cavidad de las caries, es tejido vital, el tratamiento a realizar es la bio-pulpectomía. (BAUME, 2003)

- **Necrosis pulpar:** es el término que se aplica al tejido de la pulpa que ya no está vivo. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).

Una pulpitis aguda o crónica no tratada, con el tiempo se transforma en una necrosis completa. Su etiología implica una caries extensa, trauma, idiopática y pulpitis irreversible sin tratamiento. Clínicamente se observa un dolor intenso, producción de pus, edema, cuando la necrosis es cerrada, cuando es abierta no se observan manifestaciones clínicas, se produce una destrucción extensa del tejido dentario, radiográficamente se presenta ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal y puede observarse reabsorción externa. (SECRETARIA DE SALUD, 2000).

La necrosis pulpar es la muerte pulpar a consecuencia de una inflamación aguda o crónica. Pueden ser asintomáticas (necrosis aséptica) y sintomáticas (gangrena pulpar) en la que hay una invasión bacteriana, producción de supuración y dolor. En las asintomáticas podemos pensar en una necrosis cuando se produce el cambio de color de una corona dentaria. (BAUME, 2003).

1.4.4.3 GRUPO III ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES

La palabra periodontal significa literalmente "alrededor del diente". Las enfermedades periodontales, también conocidas como enfermedades gingivales, son infecciones bacterianas graves que destruyen las encías y los tejidos adyacentes de la cavidad bucal. Las caries, o cavidades, del diente afectan solamente al diente. Las enfermedades periodontales afectan a los huesos adyacentes al diente, las encías, las capas que cubren las raíces de los dientes y la membrana del diente.

La gingivitis, es la forma más leve de la enfermedad periodontal, las encías tienden a estar rojas, hinchadas y con dolor, lo que causa el sangrado fácil durante la limpieza diaria y el uso de hilo dental. La gingivitis es la inflamación del tejido

de la encía (aguda – crónica), cuya gravedad depende de la intensidad, duración y la resistencia de los tejidos; su etiología es variada y se ha dividido según los factores biológicos (bacterias, cálculos), sociales (estrato social, nivel educativo). La gingivitis consiste en la inflamación de los tejidos de la encía que rodean al diente a causa de la placa bacteriana. Síntomas y signos: Sangrado de las encías al cepillarse la boca o comer algún alimento. En estados avanzados este sangrado puede producirse de forma espontánea. Generalmente es un proceso indoloro. Pueden pasar muchos años antes de que uno sienta molestias. Enrojecimiento de la encía , Encías hinchadas. Es un estado reversible hacia la encía sana, pero sin tratamiento puede evolucionar a periodontitis. Gingivitis significa inflamación de las encías. Cuando las encías se inflaman, producen dolor y sangran fácilmente. Esta afección aparece, casi siempre, debido a una deficiente higiene bucal, un mal cepillado de los dientes que permite el desarrollo y proliferación de las bacterias. Estas bacterias forman lo que se conoce por placa dental o placa bacteriana, una capa viscosa y blanda que se acumula principalmente en los empastes defectuosos y alrededor de las piezas dentales cercanas a dentaduras postizas poco limpias, a puentes y aparatos de ortodoncia. Cuando esa capa permanece más de 3 días en los dientes, forma lo que se llama sarro.

CAUSAS: Aunque la causa número uno de la gingivitis es la placa bacteriana o sarro, hay otros factores que favorecen la inflamación, como algunos fármacos (inmunosupresores como la ciclosporina, anticonceptivos y bloqueadores de calcio) la falta de vitaminas (especialmente la vitamina C) y el embarazo. Unas encías inflamadas son más difíciles de limpiar, y por tanto, más propensas al desarrollo de la placa bacteriana. (SECRETARIA DE SALUD, 2000).

- **Gingivitis aguda:** gingivitis repentina, no dura mucho tiempo y es dolorosa.
- **Gingivitis crónica:** gingivitis que reaparece después del tratamiento, - gingivitis paulatina, que dura mucho tiempo y generalmente es indolora.

- **Retracción gingival:** debida a una periodontitis del adulto, con un grado variable de dentina expuesta y la correspondiente hipersensibilidad cervical. En muchos casos, estas situaciones vienen acompañadas por caries radiculares incipientes o en diverso grado de desarrollo (PÉREZ, 2000).
- **Periodontitis:** es la inflamación de la encía y del aparato de inserción adyacente. La Periodontitis está caracterizada por la pérdida clínica de inserción debido a la destrucción del ligamento periodontal y a la pérdida de soporte óseo adyacente. La periodontitis destruye tejidos a nivel del aparato de inserción y resulta en la creación de bolsas periodontales (MULLER, 1998)

Por ser la enfermedad periodontal una lesión inflamatoria, se le ha dado el nombre de Periodontitis. Se caracteriza por la destrucción progresiva de los tejidos que soportan el diente, incluyendo ligamento, cemento y hueso alveolar. Al principio no presenta síntomas y sus signos clínicos son la hemorragia gingival (de las encías), movilidad dental y en algunos casos secreción purulenta. La causa primaria es una serie de infecciones, causadas por algunas de las 300 especies bacterianas reconocidas en cavidad oral, dentro de las que se destacan los anaerobios Gram. negativos. En todos los casos, la enfermedad progresa en episodios cíclicos, de corta duración, ocasionando destrucción rápida de tejido seguida por reparo y períodos prolongados de remisión. (CONTUSALUD)

- **Periodontitis leve:** la gingivitis sin tratamiento provoca periodontitis leve. Esta etapa de la enfermedad gingival muestra indicios de comienzo de erosión del hueso adyacente a la pieza dentaria. Los síntomas más comunes de la periodontitis son: enrojecimiento y sangrado de las encías, sabor desagradable

en la boca, bolsas alrededor de la base de las piezas dentarias, en las encías, posible aflojamiento y separación de las piezas dentarias (a medida que la enfermedad empeora), pérdida de piezas dentarias.

- **Periodontitis moderada a avanzada:** esta etapa más avanzada de la enfermedad gingival presenta una pérdida ósea y tisular significativa alrededor de las piezas dentarias.
- **Periodontitis apical crónica:** se usa para designar los signos radiográficos más tempranos de extensión del proceso inflamatorio desde la cavidad pulpar hasta la membrana periodontal adyacente que rodea al orificio apical.

La periodontitis apical crónica es una de las secuelas más comunes de la pulpitis que se formó como respuesta al proceso infeccioso, originando una masa del tejido de granulación, su etiología es infecciosa, iatrogénica y trauma. Clínicamente se observa poca sensibilidad estimulada por la hiperemia, edema y la inflamación del ligamento periodontal. A veces asintomático. Siempre se presenta la extrusión. (SECRETARIA DE SALUD, 2000).

1.4.4.4 GRUPO IV ENFERMEDAD DE TEJIDOS BLANDOS

- **Estomatitis aftosas:** pequeñas úlceras superficiales y dolorosas de la mucosa oral glandular que aparecen con cierta frecuencia y episódicamente en brotes de una o cinco lesiones. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).

La estomatitis aftosa es una enfermedad que provoca la aparición de pequeñas úlceras e la boca, generalmente en la zona interior de los labios, las mejillas, o la lengua. La estomatitis aftosa también se conoce como "aftas" (MORALES, 2002).

- **Afecciones de la lengua**

Lengua atrófica: la lengua aparece enrojecida, con atrofia de papilas, y los pacientes se quejan de ardor y dolor. (REGEZI S.2000)

Lengua blanca vellosa: alteración de la superficie dorsal de la lengua. Las alteraciones clínicas acompañan a la hiperplasia de las papilas filiformes, con retraso concomitante de la tasa normal de descamación. Como resultado, se genera una superficie gruesa que atrapa bacterias, hongos, desperdicios celulares y material extraño. (REGEZI S.2000).

La lengua vellosa es una condición benigna que implica el agrandamiento y profusión de las papilas linguales, dando a la lengua un aspecto vellosa o peludo. Aunque esta enfermedad puede parecer preocupante, no es nociva. Usualmente desaparece con antibióticos o después de que se han erradicado otras causas.

Lengua geográfica: también conocida como eritema migrante y glositis migratoria benigna, es una enfermedad de causa desconocida. Se caracteriza al principio por la presencia de áreas pequeñas, circulares o irregulares de desqueratinización y descamación de papilas filiformes. (REGEZI S.2000).

Es un termino que describe la apariencia de mapa en la lengua que resulta de parches irregulares y desgastados en su superficie. Glositis migratoria benigna, parches en la lengua parches linguales.(ENCICLOPEDIA MEDICA).

Candidiasis: lesión muco cutánea cuya etiología esta dada por el hongo candida albicans, es la mucosis bucal más frecuente, las manifestaciones pueden ser agudas o crónicas. Son placas típicas blancas, de consistencia blanda a gelatinosa o nódulos que crecen en dirección centrífuga y se mezclan. (REGEZI S.2000).

Enfermedad causada por un hongo tipo levadura, LA CÁNDIDA ALBICAMS, conjugándose a veces con otros tipos de Cándida. Habita comúnmente en cavidad oral, aparato digestivo y vagina de personas clínicamente sanas. Clínicamente se observa pseudomembranosa aguda, personas débiles, crónicamente enfermas o lactantes, son placas ligeramente elevadas, blancas y blandas pues se presentan en mucosa bucal, lengua, paladar encía y piso de boza. Las placas parecen coágulos de leche que son hifas enredadas más epitelio descamado más queratina más fibrina, restos necróticos, leucocitos y bacterias. Se puede eliminar con gasa. (SECRETARIA DE SALUD, 2000).

La candidiasis es la micosis más frecuente en la boca que aparece en la infancia, aunque puede atacar a adultos, provocando placas blancas adherentes distribuidas irregularmente en la mucosa bucal que suele acompañarse de inflamación y grietas de la comisuras labiales y de costra en labios. (GARCÍA, 2003).

- **Enfermedades de los labios**

- **Queilitis solar:** degeneración acelerada del tejido del borde rojo labial en especial el inferior, exclusivo casi siempre en individuos blancos. La porción afectada adquiere un aspecto atrófico, de color gris pálido a plateado, y pulido, por lo general con fisuras y arrugas en ángulo recto con la unión cutánea y el borde rojo del labio. (REGEZI S.2000)

Constituye una reacción inflamatoria aguda o crónica de la mucosa o la submucosa del labio asegurado por una exagerada exposición a este elemento físico. Se inicia por un eritema seguido de un edema, formación de vesículas en el espacio de algunas horas, los labios se vuelven rojos tensos y dolorosos. Protegido contra el sol la información se remite en el curso de ocho a quince días, y cura después de una descamación fina. (GARCÍA, 2003).

- **Hiperqueratosis focal:** lesión de tejidos blandos que se clasifica a menudo bajo el término clínico “ leucoplasia “. El frotamiento crónico o la fricción contra una superficie de la mucosa bucal puede causar una lesión blanca hiperqueratósica de color blanco determinando. (REGEZI S.2000).

La leucoplasia vellosa ora (LVO) es una o varias placas blancas que pueden aparecer en la boca. Normalmente estas placas aparecen a lo largo del borde de la lengua, aunque a veces se desarrollan en la parte superior o inferior de la lengua o a lo largo del interior de la mejilla. Si se miran atentamente, esas placas pueden parecer peludas o contener una cantidad de pequeños pliegues o protuberancias. (www.aidsmeds.com/español/IO/LVO.htm).

1.4.4.5 GRUPO V TUMORES MALIGNOS, BENIGNOS Y QUISTES

Los tumores orales pueden desarrollarse en cualquier lugar de la cavidad oral y la orofaringe. Algunos tumores son benignos (no cancerosos), otros pueden ser precancerosos (condición que puede llegar a ser cancerosa), mientras que otros pueden ser cancerosos. Los diferentes tipos de cáncer oral pueden desarrollarse en áreas distintas de la boca y la garganta.

Dos condiciones en la boca la leucoplasia y la eritroplasia pueden ser precursoras del cáncer. A menudo causadas por fumar o mascar tabaco, estas condiciones benignas (al comienzo) pueden ocurrir en cualquier parte de la boca. Sólo una biopsia puede determinar si existen células precancerosas (displasia) o células cancerosas en una leucoplasia o eritroplasia.

- **Tumores malignos:** aunque existen varios tipos de tumores orales malignos, más del 90 por ciento de todos los casos de cáncer oral diagnosticados son carcinomas de células escamosas.

- **Carcinoma de células escamosas:** también conocido como cáncer de células escamosas, este tipo de cáncer se origina en la capa de células escamosas del revestimiento de la cavidad oral y la orofaringe. En las etapas tempranas, el cáncer solamente está localizado en la capa de células de revestimiento, (llamado carcinoma "in situ"). Cuando el cáncer se extiende más allá del revestimiento, se le llama cáncer invasivo de células escamosas.
- **Carcinoma verrugoso:** aunque se le considera como un tipo de carcinoma de células escamosas, este cáncer de bajo grado rara vez realiza metástasis (no se extiende a zonas distantes). Con menos del cinco por ciento de todos los casos de cáncer oral, el carcinoma verrugoso puede extenderse profundamente en el tejido a su alrededor, lo que requiere la extirpación quirúrgica con un amplio margen de tejido a su alrededor.
- **Cáncer de las glándulas salivares menores:** el revestimiento de la cavidad oral y orofaringe contiene varias glándulas salivares. A veces el cáncer se origina en una glándula salivar. El tratamiento depende del tipo y la localización del cáncer así como de la extensión de la diseminación. De acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer, los casos de cáncer de las glándulas salivares representan menos del uno por ciento de todos los casos de cáncer.
- **El melanoma:** maligno es una neoplasia que se origina de los melanocitos que son las células pigmentadas que se encuentran en la capa basal de la epidermis y de las membranas mucosas. Su crecimiento incontrolado se manifiesta inicialmente como una mácula, la cual al evolucionar se observa como una tumoración fuertemente pigmentada, a veces ulcerada y hemorrágica, que tiende a aumentar progresivamente de tamaño, tiene un alto potencial metastático y un pronóstico malo.
- **Osteosarcoma:** neoplasia maligna más frecuente derivada de las células

óseas que en los maxilares produce un ensanchamiento radiográfico de la membrana periodontal de los dientes e histológicamente un amplio espectro de hallazgos, todos los cuales se caracterizan por osteoblastos atípicos y hueso anormal o formación de osteoide. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).

- **Condrosarcoma:** neoplasia ósea maligna rara en los maxilares, generalmente de la parte anterior del maxilar superior, constituida por una proliferación de condroblastos gruesos o células mesenquimatosas fusiformes y cartílago anormal, pero no osteoide ni hueso. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).
- **Sarcoma de Ewing:** neoplasia ósea maligna rara de origen celular incierto que aparece en pacientes jóvenes; la lesión está formada por células anaplásicas pequeñas, redondas y oscuras que contienen gránulos de glucógeno y filamentos intermedios. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).
- **Tumores benignos:** existen varios tipos de tumores benignos (no cancerosos) que pueden aparecer en la cavidad oral u orofaringe (además de otros lugares del cuerpo)
- **Condiloma acuminado:** (también conocido como verruga genital), Crecimiento pequeño y húmedo de color rojo o rosado, que crece aislado o en grupos con aspecto de coliflor.
- **Granuloma eosinofílico:** Tumor benigno que a menudo afecta a niños y adolescentes y se encuentra generalmente en un hueso o en los pulmones.
- **Fibroma** Tumor benigno que consiste de tejidos conectivos fibrosos.
- **Queratoacantoma** Protuberancia en la piel del mismo color de la piel y de rápido crecimiento con un núcleo central de queratina (la queratina, el

componente principal de la capa externa de la piel, el pelo y las uñas, es una sustancia dura).

- **Leiomioma:** tumor del músculo liso, que se encuentra frecuentemente en el esófago, intestino delgado, útero o estómago.
- **Lipoma:** tumor compuesto por células adiposas maduras.
- **Neurofibroma:** tumor fibroso compuesto por tejido nervioso.
- **Tumores odontogénicos:** tumores en la mandíbula.
- **Osteocondroma:** tumor compuesto por hueso y cartílago.
- **Papiloma:** tumor similar a una verruga, que crece en el epitelio (las células que forman la piel y las membranas mucosas).
- **Granuloma piógeno:** protuberancia pequeña y redondeada que a menudo tiene una superficie ulcerada.
- **Rabdomioma:** tumor de músculo estriado que puede aparecer en la lengua, la faringe, el útero, la vagina o el corazón.
- **Schwannoma:** tumor único que crece en el neurilema (vaina de Schwann) de los nervios.
- **Xantoma verrugoso:** tumores en forma de verruga.
Algunos tumores benignos desaparecen por sí solos. Otros tienen que extirparse quirúrgicamente. La mayoría de los tumores benignos no vuelven a

aparecer. Consulte siempre a su médico para el diagnóstico.

- **Torus/exostosis/osteoma:** excrescencia no neoplásica redondeada, con superficie lisa, de hueso nodular denso que se encuentra en la línea media del paladar y en las superficies linguales de la mandíbula. (SAPP; EVERSOLE; WY SOCKI. 1998).

Las exostosis bucales son masa superficiales benignas del aspecto externo o facial de la quijada superior (maxilar) o, menos comúnmente, de la quijada más baja (mandíbula). Son indoloros pero pueden convertirse en masa de varios centímetros y después contribuir a la enfermedad periodontal de dientes adyacentes forzando el alimento durante la masticación adentro hacia los dientes en vez de lejos de ellos. No requieren generalmente ningún tratamiento. (BECHARA, 2000).

- **Torus palatino:** excrescencia nodular exofítica de hueso cortical denso localizada en la línea media del paladar duro. (SAPP; EVERSOLE; WY SOCKI. 1998).

Es una protuberancia o excrescencia ósea, crecimiento lento, de base plana, que se presenta en línea media del paladar duro. Al examen clínico se observa lobulación en línea media del paladar, puede ser plano, fusiforme y nodular. La mucosa que lo cubre está intacta, pero si se traumatiza se puede ulcerar. (SECRETARIA DE SALUD, 2000)

- **Torus mandibular:** excrescencia nodular exofítica de hueso cortical denso localizada en el área canina/ premolar del lado lingual de la mandíbula. (SAPP; EVERSOLE; WY SOCKI. 1998).

Exostosis de la superficie lingual de la mandíbula, de etiología desconocida, al examen clínico se observa en la superficie lingual de la mandíbula por encima de la línea milohidea, opuesta a los premolares. Puede ser bilateral. (SECRETARIA DE SALUD, 2000)

- **Exostosis:** excrescencia nodular exofítica de hueso cortical denso localizada generalmente en el hueso alveolar oral maxilar o mandibular, por lo general en el área premolar/ molar. (SAPP; EVERSOLE; WY SOCKI. 1998).
- **Osteoma:** excrescencia nodular exofítica de hueso cortical denso sobre o dentro de la mandíbula o en maxilar superior en localizaciones distintas de las ocupadas por torus o exostosis. (SAPP; EVERSOLE; WY SOCKI. 1998).
- **Osteoma osteoide/osteoblastoma:** lesiones intraóseas benignas con similares características clínicas, radiográficas e histopatológicas que corresponden a tumoraciones intraóseas redondeadas bien delimitadas, cada una de ellas con un nido celular central activo rodeado por una ancha zona de osteoide, con dolor a la palpación. (SAPP; EVERSOLE; WY SOCKI. 1998).
- **Quistes:** un quiste es un saco cerrado, provisto de una membrana definida, que contiene material líquido o semilíquido que se desarrolla anormalmente en una de las cavidades naturales o en el parénquima de un órgano. Cuando se trata de un quiste verdadero de la cavidad bucal, su membrana está formada por un revestimiento epitelial dentro de una cápsula de tejido conectivo.

El quiste se define como una bolsa conectivoepitelial, tapizada en su interior por epitelio y recubierta en su cara externa por tejido conectivo, que encierra un contenido líquido o semilíquido, son asintomáticos y se descubren en estudios radiográficos de rutina. Kramer 1981, lo define como una cavidad

patológica con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso, no originado por el acumulo de pus, y que suele estar aunque no siempre, revestida de epitelio. Así se engloban como quistes las lesiones de los maxilares, epiteliales o no y las de los tejidos blandos, descartando los abscesos por acumulo de pus.

Otros autores definen el quiste como cavidades formadas por epitelio y tejido conectivo, con contenido líquido o semilíquido.

- **Quiste dentigero:** se forma alrededor de la corona de un diente impactado, puede producir tumefacción , edema, dolor y es asintomático. (SAPP; EVERSOLE; WY SOCKI. 1998). Se trata de sacos cerrados, revestidos de epitelio, formados alrededor de las coronas de dientes que no han aparecido, o anomalías dentales (odontomas). Suelen contener coronas de dientes u odontomas, excepto en casos insólitos cuando se extrae el diente dejando atrás el quiste (quiste residual) (ARCHER, 1990)
- **Quiste periodontal lateral:** tumefacción llena de liquido, firme pero compresible sobre la encía en región de premolares, caninos e incisivos, se presenta en pacientes con edad promedio de 50 años. (SAPP; EVERSOLE; WY SOCKI. 1998).

Proviene del ligamento periodontal lateral de un diente erupcionado. Debe distinguirse de los quistes radicales laterales de origen inflamatorios Sin embargo, el origen del epitelio es muy controvertido. Se halla revestido por un epitelio no queratinizado con engrosamiento en placa. Características Clínicas: Situado lateral a la raíz de un diente vital, puede aparecer con la edad, se localiza con mayor frecuencia en la mandíbula (en las regiones premolar, canina y zona del tercer molar) o en la región anterior del maxilar. Algunos autores lo identifican con el quiste primordial. Suele ser descubierto en un examen radiológico casual. (DIAZ, 1984)

Características Radiográficas: Imagen radiolúcida situada entre las raíces de dos dientes (entre el diente y la cresta alveolar). En ocasiones puede ser multilocular y más agresivo (quiste odontogénico botrioide).

Características Histológicas: Similar a la de otros quistes odontógenos y se halla revestido por un epitelio no queratinizado con engrosamiento en placa.

Tratamiento: Quirúrgico, teniendo en cuenta la vitalidad de los dientes. (DIAZ, 1984)

- **Quiste del conducto nasopalatino:** orificio pequeño unilateral o bilateral en la mucosa palatina adyacente a la papila incisiva. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).

Es el más frecuente de los quistes no Odontogénicos. Etiología: En la actualidad a estos quistes no Odontógenos no se les denominaba de fusión, pues se ha demostrado que el único proceso embriológico maxilofacial en el que pueden quedar atrapados restos epiteliales es la fusión del paladar secundario. Procede de los restos epiteliales del conducto palatino anterior. Se ha descrito un tipo raro surgido por delante del conducto incisivo a partir de los restos de la lámina dental. (DIAZ, 1984)

Características Clínicas: Por lo general cursan de forma asintomática y raras veces, se manifiestan hacia el exterior. Ocasionalmente se infestarán y producirán dolor y tumefacción. Suelen aparecer en la cuarta década de la vida. Cuando aparece en la parte superficial, detrás de la papila central gingival, se denominan quistes de la papila palatina o incisiva. Estos quistes se manifiestan clínicamente como una pequeña tumefacción de la papila que al infectarse puede aparecer una fístula en ella o su cercanía y drenar líquido acuoso o purulento mediante presión sobre la zona (DIAZ, 1984)

Características Radiográficas: Imagen radiolúcida circular u ovoide situada entre ambos incisivos centrales superiores o bien desplazada hacia uno de los lados. Al superponerse a la espina nasal anterior y a la cresta del tabique el aspecto es de “corazón de cartas de poker”. Los quistes de la papila incisal se caracterizan por su negatividad en su exploración radiológica. (DIAZ, 1984)

Características Histológicas: Puede existir epitelio escamoso estratificado en los quistes localizados en la parte inferior del conducto o bien epitelio ciliado o de tipo cuboide en los de localización alta, así mismo se encuentran glándulas mucosas salivales, adiposas e islotes de células cartilaginosas. En la pared conectiva aparecen vasos, nervios, y puede haber infiltrado inflamatorio. (DIAZ, 1984)

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el quiste radicular de un incisivo central o con un quiste primordial de un mesiodens. Para diferenciarlos hay que estudiar la continuidad del espacio periodontal a nivel de los dientes implicados y la vitalidad de estos. Cambiando la angulación del haz de rayo se desplaza la imagen radiolúcida del diente aparentemente causante de la lesión. Tratamiento: Debe ser quirúrgico. No alcanzan gran volumen y no recidivan por lo que hay pacientes que los toleran sin ser intervenidos (DIAZ, 1984)

1.4.4.6 GRUPO VI ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES

- **Ameloblastoma:** es una patología que se presenta en individuos jóvenes entre la segunda y tercera década de la vida, se localiza en zona molar de la mandíbula.
- **Granuloma periférico de células gigantes:** es el tipo más frecuente de lesión de células gigantes de los maxilares; se origina a partir del periostio o de la

membrana periodontal en forma de un nódulo de color rojo- púrpura formado por células gigantes multinucleadas en un fondo de células mononucleares y eritrocitos. (SAPP; EVERSOLE; WYSOCKI. 1998).

- **Osteosarcoma:** lesión que se localiza en los maxilares puede originarse en anomalías óseas, la mayor parte afecta los huesos largos.

1.4.4.7 GRUPO VII ANOMALÍAS DE TRASTORNO DE ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL

- **Fisura de paladar:** ausencia de función completa de las dos crestas palatinas, produciendo una comunicación con la cavidad nasal.

El paladar hendido se presenta cuando el paladar no se cierra completamente, dejando una abertura que se extiende hasta la cavidad nasal. La hendidura puede afectar a cualquier lado del paladar. Puede extenderse desde la parte frontal de la boca (paladar duro) hasta la garganta (paladar blando). A menudo la hendidura también incluye el labio. El paladar hendido no es tan perceptible como el labio leporino porque está dentro de la boca. Puede ser la única anomalía del niño, o puede estar asociado con el labio leporino u otros síndromes. En muchos casos, otros miembros de la familia han tenido también el paladar hendido al nacer. (HEALTHSYSTEM)

- **La fisura del labio y/o del paladar:** es uno de los defectos congénitos más comunes. Aproximadamente uno de cada setecientos bebés en el mundo lo padecen al nacer. Todos los padres nos hemos preguntado porqué nos ha pasado esto. La respuesta no está clara. Parece que hay un 25% de posibilidades de que la causa sea genética y un 75% de que se deba a factores ambientales. Pero también puede ser a una mezcla de las dos.

El labio fisurado y/o la fisura palatina se tratan desde muy diversos frentes. Cirugía plástica, cirugía maxilofacial, psicología, endocrinología, otorrinología, asistencia social, radiología, genética, etc.(HEALTHSYSTEM)

- **Labio leporino:** el labio leporino es una deformación en la que el labio no se forma completamente durante el desarrollo fetal. El grado del labio leporino puede variar enormemente, desde leve (corte del labio) hasta severo (gran abertura desde el labio hasta la nariz). Como padre o madre, puede ser muy estresante acostumbrarse a la deformación evidente de la cara, ya que puede ser muy notoria.

Se le dan diferentes nombres al labio leporino según su ubicación y el grado de implicación del labio. Una hendidura en un lado del labio que no se extiende hasta la nariz se denomina unilateral incompleta. Una hendidura en un lado del labio que se extiende hasta la nariz se denomina unilateral completa. Una hendidura que afecta a ambos lados del labio y se extiende hasta y afecta a la nariz se denomina bilateral completa. (HEALTHSYSTEM)

1.4.4.8 GRUPO VIII PERDIDA DE DIENTES POR EXFOLIACIÓN O ACCIDENTE

- **Exfoliación:** aborda la caída o pérdida de dientes por traumas debido a accidentes. Las lesiones dentales por exfoliación o accidente deben ser tratadas siempre como un caso de emergencia y tratarse inmediatamente para aliviar el dolor, facilitar la sujeción del diente desplazado y mejorar el pronóstico.

1.5 .OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo general

Identificar las patologías orales reportadas en la clínica integral de adultos I, II, III y IV del Colegio Odontológico Colombiano sede centro durante el primer semestre del 2004.

1.5.2. Objetivos específicos

- ✓ Describir las características sociodemográficas (género, edad, escolaridad) de los pacientes atendidos en la clínica integral de adultos del COC.
- ✓ Determinar la frecuencia de las patologías diagnosticadas según las características sociodemográficas.
- ✓ Identificar las patologías diagnosticadas en la clínicas de adultos del COC de acuerdo al orden establecido en clasificación internacional de enfermedades.

2. MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo transversal

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

Patologías orales.

2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

2.3.1 Población: historias clínicas de la clínica integral de adultos I, II, III y IV del Colegio Odontológico Colombiano sede centro durante el primer semestre del 2004.

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas sustentadas y aprobadas
- Historias clínicas con Radiografías
- Historias clínicas de pacientes mayores de 18 años.
- Historias clínicas que tengan diagnósticos definitivos.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas que estén siendo usadas en piso
- Historias clínicas de pacientes con hipersensibilidad a medicamentos

- Historias clínicas de pacientes comprometidos sistemicamente (sida, hepatitis B, C, diabetes, hipertensión).
- Historias clínicas de odontopediatria

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
I. SOCIODEMOGRÁFICAS	TIPO DE SEXO AL QUE PERTENECE EL PACIENTE	1. MASCULINO M 2. FEMENINO F	CUALITATIVA	NOMINAL	INDEPENDIENTE	INSTRUMENTO NO1
GENERO						
EDAD	NÚMERO DE AÑOS QUE TIENE EL PACIENTE	18 A 50 AÑOS	CUANTITATIVA	DISCRETA	INDEPENDIENTE	INSTRUMENTO NO1
ESCOLARIDAD	NÚMERO DE ESTUDIOS REALIZADOS POR LOS PACIENTES	PRIMARIA SECUNDARIA TECNOLÓGICO UNIVERSITARIO NINGUNO OTRO	CUALITATIVA	ORDINAL	INDEPENDIENTE	INSTRUMENTO NO1
II. PATOLOGÍAS ORALES	ENFERMEDAD MULTIFACTORIAL QUE IMPLICA UNA INTERACCIÓN ENTRE LOS DIENTES, SALIVA Y MICROFLORA ORAL	ACTIVA RECURRENTE FOSETAS Y FISURAS ESMALTE DE SUPERFICIES LISAS LESIÓN PRECAVITACIONAL CARIES RADICULAR	CUALITATIVA	NOMINAL	DEPENDIENTE	INSTRUMENTO NO1
I. ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS Duros						
A. CARIES						
B. OTRAS AFECCIONES DE LOS TEJIDOS Duros	ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LOS DIENTES EN CUANTO AL TAMAÑO FORMA Y NÚMERO	MICRODONCIA MACRODONCIA GEMINACIÓN ANODONCIA OTROS	CUALITATIVA	NOMINAL	DEPENDIENTE	INSTRUMENTO NO1
II. ENFERMEDADES DE LA PULPA Y TEJIDOS PERIAPICALES	ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LA PULPA Y A LOS TEJIDOS PERIAPICALES.	PULPITIS REVERSIBLE PULPITIS IRREVERSIBLE PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA NO SUPURATIVA PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA SUPURATIVA	CUALITATIVA	NOMINAL	DEPENDIENTE	INSTRUMENTO NO1
III. ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE DEL DIENTE	ENFERMEDADES QUE AFECTAN LOS TEJIDOS DE SOPORTE DEL DIENTE	GINGIVITIS PERIODONTITIS JUVENIL PERIODONTITIS AVANZADA DEL ADULTO	CUALITATIVA	NOMINAL	DEPENDIENTE	INSTRUMENTO NO1
IV. ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS BLANDOS	ENFERMEDADES QUE AFECTAN LA LENGUA LABIOS Y GENCIVAS	CANDIDIASIS ESTOMATITIS AFTOSAS LENGUA VELLOSA LENGUA GEOGRÁFICA QUEILITIS SOLAR OTROS	CUALITATIVA	NOMINAL	DEPENDIENTE	INSTRUMENTO NO1
V. TUMORES MALIGNOS, BENIGNOS Y QUISTES	PATOLOGÍAS QUE AFECTAN LOS TEJIDOS Duros Y Blandos EN CAVIDAD ORAL.	OSTEOSARCOMA TORUS OSTEOMA QUISTE DENTIGERO QUISTE PERIODONTAL LATERAL QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO OTROS	CUALITATIVA	NOMINAL	DEPENDIENTE	INSTRUMENTO NO1
VI. ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES	PATOLOGÍAS QUE AFECTAN EL MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR	GRANULOMA PERIFÉRICO DE CELULAS GIGANTES. AMELOBLASTOMA	CUALITATIVA	NOMINAL	DEPENDIENTE	INSTRUMENTO NO1
VII. ANOMALÍAS DE TRASTORNO, ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL	PATOLOGÍAS QUE SE PRESENTA EN LOS TEJIDOS Duros Y Blandos DE LA CAVIDAD ORAL, ALTERANDO SU FORMA Y FUNCIÓN NORMAL	FISURA DEL PALADAR LABIO Y PALADAR HENDIDO	CUALITATIVA	NOMINAL	DEPENDIENTE	INSTRUMENTO NO1
VIII. PERDIDA DE DIENTES POR EXFOLIACIÓN Y ACCIDENTE	PERDIDA DE LOS DIENTES POR PROCESOS NORMALES (ERUPCIÓN) O ACCIDENTE.	EXFOLIACIÓN NORMAL EXFOLIACIÓN ACCIDENTAL	CUALITATIVA	NOMINAL	DEPENDIENTE	INSTRUMENTO NO1

2.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para efectos de este estudio se diseñó el instrumento N° 1: PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS EN LA CLÍNICA INTEGRAL DE ADULTOS I, II, III Y IV DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO SEDE CENTRO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2004.

ANEXO N° 1.

2.6 PROCEDIMIENTO

Por medio de una carta se solicitará la autorización para realizar la revisión de las historias clínicas en el archivo de estas, en el Colegio Odontológico Colombiano en el segundo semestre del 2004.

Se clasificarán las historias clínicas de acuerdo al instrumento de recolección de datos N° 1.

Se realizará una prueba piloto que consiste en evaluar el margen de error obtenido por los examinadores y esta la hace el calibrador - examinador para posteriormente hacer una calibración la cual tiene como objetivo principal que todos los conceptos y procedimientos realizados queden estandarizados de forma que los examinadores apliquen criterios consistentes con el parámetro establecido en la observación, realización, registro e interpretación de las distintas características a ser examinadas.

De igual forma permite controlar el sesgo de medición, mediante la concordancia de resultados intra e inter – examinador, para asegurar la confiabilidad de los resultados que se obtienen.

Calibración interexaminador:

Para evaluar la consistencia y las variaciones entre los examinadores participantes, comparando todos los registros de cada examinador con los registros realizados por el examinador – calibrador.

Calibración intraexaminador:

Para la calibración intraexaminador cada uno de los investigadores deberá realizar duplicados del instrumento de recolección de datos diligenciado con la información de diferentes historias clínicas para obtener una estimación del grado y naturaleza de los errores realizados por el mismo examinador.

Recolección de la información:

Con la información recolectada se realizará la base de datos, tabulación y depuración de la información de la frecuencia de patologías reportadas en la clínica integral de adultos I, II, III y IV del C.O.C sede centro durante el segundo semestre del 2003 y primer semestre del 2004.

2.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizarán medidas como la frecuencia para medir las variables patologías y género.

Las medidas de tendencia central como la mediana y media para medir la edad.

La moda se utilizará para medir género, escolaridad y patologías.

Las mediadas de porcentajes se utilizarán para medir el género.

Es importante realizar el siguiente cruce de variables:

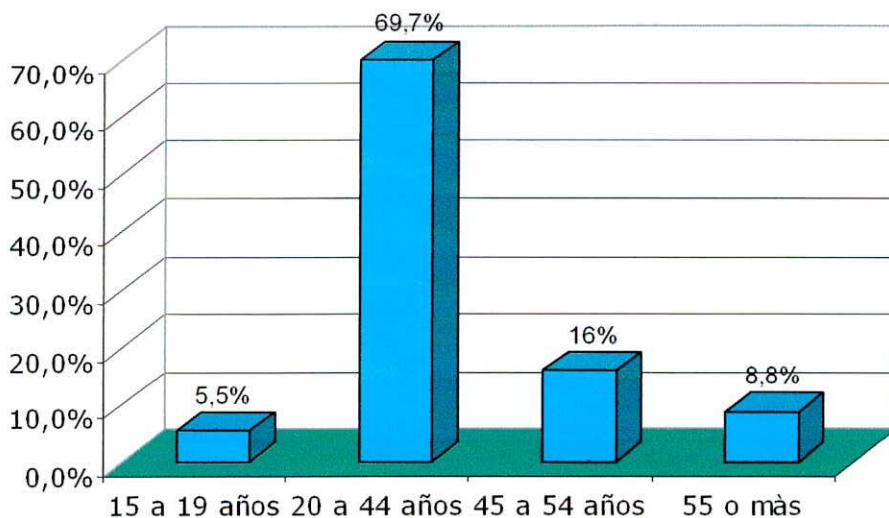
- Caries con edad.
- Caries con género.
- Caries con escolaridad.
- Enfermedades de los tejidos duros con edad.
- Enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales con género.
- Enfermedades de los tejidos periodontales con edad.
- Enfermedades de los tejidos periodontales con escolaridad.
- Enfermedad de los tejidos blandos con género.
- Tumores malignos, benignos y quistes con edad.
- Enfermedades de los maxilares con género.
- Anomalías de trastorno, estructura y función de la cavidad bucal con edad.
- Anomalías de trastorno, estructura y función de la cavidad bucal con escolaridad.
- Pérdida de dientes por exfoliación y accidente con edad.
- Pérdida de dientes por exfoliación y accidente con género.
- Pérdida de dientes por exfoliación y accidente con escolaridad.

3. RESULTADOS

Se consultaron 1.480 historias clínicas de la clínica integral de adultos I, II, III y IV del Colegio Odontológico Colombiano sede centro correspondientes al primer semestre del 2004.

57.1% (845) de los pacientes registrados correspondían al género Femenino y 42.9% (635) al género Masculino. Las edades oscilaron entre 18 y 86 años, donde de acuerdo a los grupos etáreos se distribuían de la siguiente forma: 5.5%(82) correspondían a edades entre 18 y 19 años, 69.7% (1031) tenían entre 20 y 44 años, 16%(237) de 45 a 54 años y 8.8%(130) de 55 o más años (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución Porcentual según los Grupos Etéreos



De acuerdo al grado de escolaridad, la población se distribuyó: 2.4% (35) de los pacientes reportaron tener no tener escolaridad, el 16.4%(243) Primaria, 56.6%

(838) Secundaria, 6.6% (98) Tecnológico, 17% (251) de los pacientes reportó escolaridad Universitaria y 1%(15) presentaba otro tipo de estudios.

De las 35 patologías establecidas según la clasificación internacional de enfermedades, se presentaron 18 (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución Porcentual de las Patologías Presentadas.

PATOLOGIAS	%	No
Gingivitis	74,5%	1102
Caries Activas	62,1%	919
Caries Recurrente	53,9%	797
Periodontitis Apical Cronica Supurativa	12,7%	188
Periodontitis Apical Cronica No Supurativa	9,2%	136
Pulpitis Irreversible	8,9%	131
Anodoncia	5,3%	78
Pulpitis Reversible	4,7%	70
Periodontitis Avanzada del Adulto	1,1%	16
Caries de Fosetas y Fisuras	0,3%	5
Microdoncia	0,1%	2
Periodontitis Juvenil	0,1%	2
Caries Radicular	0,1%	1
Candidiasis	0,1%	1
Estomatitis Aftosas	0,1%	1
Lengua Geografica	0,1%	1
Torus	0,1%	1
Quiste Dentigero	0,1%	1

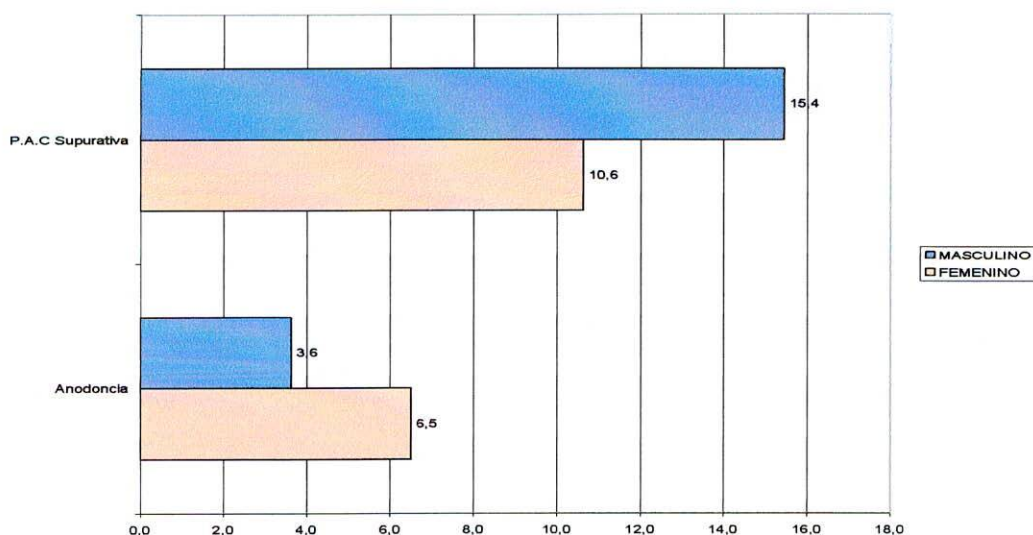
No se encontró reporte de:

- Caries Del Esmalte
- Caries De Superficies Lisas
- Lesión Precavitacional
- Geminación
- Macrodoncia
- Lengua Velloso
- Queilitis Solar

- Quiste Del Conducto Nasopalatino
- Osteoma
- Quiste Periodontal Lateral
- Granuloma Periférico De Células Gigantes
- Ameloblastoma
- Fisura De Paladar
- Labio Y Paladar Hendido
- Exfoliación Normal
- Exfoliación Accidental

Se encontró diferencias significativas entre el diagnóstico de Periodontitis Apical Crónica Supurativa (Chi Cuadrado $p = 0.04$), al igual que con el diagnóstico de Anodoncia y el género (Chi Cuadrado $p = 0.009$) (gráfico 2), donde la Periodontitis Apical Crónica Supurativa se presentó más en hombres con un 15.4% (98) a diferencia de las mujeres con un 10.6% (90) mientras que la Anodoncia, se presentó principalmente en mujeres con un 6.5% (55) versus el 3.6% (23) en los hombres.

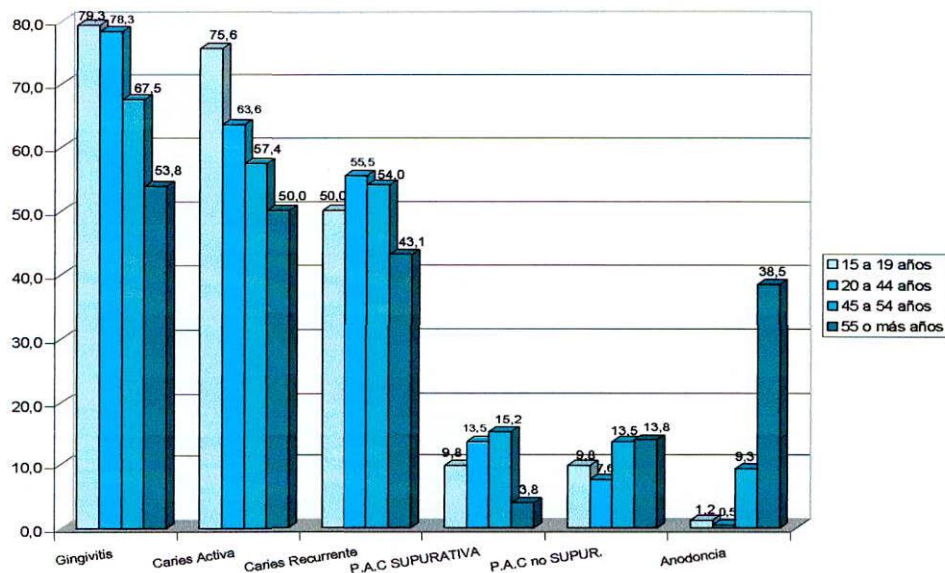
Gráfico 2. Distribución Porcentual del diagnóstico según el género.



Se encontró diferencias Significativas entre los diferentes grupos etáreos y los diagnósticos de: Gingivitis (Mann-Whitney $p = 0.000$), Caries Activa (Mann-Whitney $p = 0.001$), Caries Recurrente (Mann-Whitney $p = 0.053$), PAC Supurativa (Mann-Whitney $p = 0.008$), PAC No Supurativa (Mann-Whitney $p = 0.008$) y Anodoncia (Mann-Whitney $p = 0.000$).

La gingivitis disminuye su presencia a medida que aumenta la edad, al igual que la Caries Activa. La Caries Recurrente, se presenta principalmente en edades de 20 a 54 años, la Periodontitis Apical Crónica Supurativa va en aumento según la edad de 9.5% a los 15 años hasta los 54 años con un 15.2% y en edades superiores a 54 años disminuye a un 3.8%. La Periodontitis Apical Crónica No Supurativa va en aumento desde los 15 años hasta 55 o más años, sin embargo de 20 a 44 años presenta una disminución de 2 puntos aproximadamente y la Anodoncia se presenta en un 9.3% de 45 a 54 años y de 55 o más años en un 38.5% (Grafico 3).

Gráfico 3. Distribución Porcentual del diagnostico según los grupos etáreos.



Analizando las patologías por grupo observamos que el I. Enfermedades de los tejidos duros A. Caries B. Otras afecciones de los tejidos duros, representan la mayor frecuencia 88.9% (1315) y en segundo lugar el grupo III Enfermedades de los tejidos periodontales 75.5% (1118). (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución porcentual según grupo de patología y género.

GRUPO DE PATOLOGIA	F	%	M	%	Total	%
I Enfermedades de los tejidos duros A (caries) B Otras afecciones de los tejidos duros	761	51,4%	554	37,4%	1315	88,9%
II Enfermedades de la pulpa y tejidos perapicales	258	17,4%	224	15,1%	482	32,6%
III Enfermedades de los tejidos periodontales	624	42,2%	494	33,4%	1118	75,5%
IV Enfermedades de los tejidos blandos	1	0,1%	2	0,1%	3	0,2%
V Tumores malignos, benignos y quistes	2	0,1%	0	0,0%	2	0,1%
VI Enfermedades de los maxilares	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
VII Anomalías de trastorno, estructura y función de la cavidad bucal	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
VIII Pérdida de diente por exfoliación y accidente	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	1646	-	1274	-	2920	-

4. DISCUSIÓN

El comportamiento de la morbilidad de la salud oral en Bogotá muestra que la demanda de servicios por consulta directa es por patologías contempladas en el grupo I enfermedades de los tejidos duros, II enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales y III enfermedades de los tejidos periodontales, lo cual no dista mucho de nuestro estudio ya que en los resultados arrojados encontramos que la mayor parte de consulta se da por caries, gingivitis, enfermedades de los tejidos periapicales y enfermedades pulpares .

Fué de gran importancia conocer las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en la clínica integral de adultos del C.O.C, ya que esto permite tener una visión global de cuales son los grupos etáreos más frecuentes en la consulta odontológica y son de relevancia en cualquier estudio el registro de estos datos.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La caries dental y la enfermedad periodontal representan la mayor frecuencia de morbilidad bucal y es un motivo habitual de consulta para el odontólogo. Esto se corrobora en nuestro estudio donde la mayoría de los casos se trataban de gingivitis con un (74.5%) y caries activa con un (62.1%).

La identificación de las patologías orales es de gran utilidad puesto que los resultados pueden encaminarse a la gestión y toma de decisiones en el planeamiento de programas de promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad.

Es de gran utilidad la base de datos realizada para este estudio ya que sirve para la continuación de nuevas investigaciones.

Se recomienda de acuerdo con las orientaciones y metas de la OMS, realizar nuevos estudios que permitan conocer a lo largo del tiempo la dinámica del comportamiento de la morbilidad oral.

El sistema de nomenclatura utilizado en el archivo de las historias clínicas, dificultó en cierta forma la recolección de datos.

BIBLIOGRAFÍA

Acta Odontológica Venezolana . Sobre dentadura Parcial Removible Asociada con alteraciones de número y tamaño de los dientes. Reporte de un caso ISSN 0001-6365 *versión impresa*. Acta odontol. venez v.38 n.2 Caracas jun. 2000.

ARCHER, Harry W, Cirugía Bucal. Atlas Paso por Paso de Técnicas Quirúrgicas. 2ª Edición Castellana. Tomo 1. Editorial Mundi, S.A. C.I.F. Paraguay, 1990.

BEDOS C, Brodeur JM. Determinants of dental caries in Haitian school children and implications for public health. Santé 2000;10(3):161-8.

Boletín epidemiológico Distrital. Bogotá 1998.

Boletín conmemorativo XXVI años C.O.C. 2000

CABRERA Hernández A, Gay Rodríguez J. Lactancia materna y estado de nutrición en un grupo de niños a los 6 meses y sus madres. Rev Cubana Aliment Nutr 1991;5(2):92-7.

COHEN B., KRAMER I. Fundamentos científicos de odontología .Edición Rev. La Habana pp. (305) ,1981

Diagnóstico Sectorial de salud. Junio del 2002).

Díaz J. Quistes de los maxilares. Estudio de 125 pacientes. Rev. Cub. Est. 1984, 23(3):211-220.

III Estudio nacional de salud bucal – ENSAB – III. Tomo VII. Colombia 1998.

ERICKSON PR. Estimation of the caries-related risk associated with formula. *Pediatr Dent* 1998;20(7):395-403.

J. PHILIP SPT, PATOLOGÍA oral y maxilofacial contemporánea. Capítulo 3, 4, 5, 6. No. páginas 433, Editorial Harcourt Brace. 1996

J.O. ANDREASEN, Lesiones traumáticas de los dientes. 3ª edición corregida y aumentada. Editorial labor S.A. Copenhagen, 1981

Manual de Operatoria Dental I Varios Autores UNAM-ENEP Iztacala. Primera Edición. 1991

MAYORAL, José, Mayoral, Guillermo. Técnica Ortodóncica. Fundamentos biológicos y mecánicos., 1990

MULLER, Ernesto. Tratamiento de la gingivitis y de la periodontitis *Journal of Periodontology*, Volumen 68, N° 12, Diciembre de 1997 Traducción e Interpretación especial para la Sociedad Venezolana de Equilibrio Oclusal, Caracas-Venezuela, Agosto 1998.

PEREZ KG, Bastos JR. Severity of dental caries in children and relationship with social and behavioral aspects. *Rev Saude Publica* 2000;34(4):402-8.

REGEZI, S, PATOLOGÍA bucal. Capítulo 3, 4, 5, 6 12, 13, 16, 17, 18. No. páginas 579. Editorial Interamericana McGraw - Hill. 1991

SECRETARIA DE SALUD, Guías de atención de Urgencias Odontológicas, Ministerio de Salud, República de Colombia, 2000.

VELLINI, F. Ortodoncia Diagnóstica y Planificación Clínica. Editorial Artes médicas Latinoamericanas, 1ª edición, 2002. Pág. 365 – 386

www. HEALTHSYSTEM, VIRGINIA EDU/UVAHEALTH/ADULT-
_PLASSURG_SP/CLEFT.CFM: LABIO LEPORINO Y EL PALADAR HENDIDO

www.contusalud.com/website/folder/sepa_odontología Da_periodontitis.htm.
ENFERMEDADES DE LAS ENCÍAS: PERIODONTITIS

ANEXOS
INSTRUMENTO No 1
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
PATOLOGÍAS ORALES DIAGNOSTICADAS EN LA CLÍNICA INTEGRAL DE
ADULTOS I, II, III Y IV DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO SEDE
CENTRO, PRIMER SEMESTRE DEL 2004

HISTORIA CLÍNICA No-----

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

GENERO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐ EDAD-----

Nivel de Escolaridad: Primaria ☐
Secundaria ☐
Tecnológico ☐
Universitario ☐
Ninguno ☐
Otro _____

II. PATOLOGÍA ORAL

1. ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS DUROS. A. CARIES

Caries Recurrente ☐	Caries de superficies lisas ☐
Caries Activa ☐	Lesión precavitacional ☐
Fosetas y Fisuras ☐	Esmalte ☐
Esmalte ☐	

B. OTRAS AFECCIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

Microdoncia ☐	Macrodoncia ☐	
Geminación ☐	Anodoncia ☐	Otras ☐

2. ENFERMEDADES DE LA PULPA Y TEJIDOS PERIAPICALES

Pulpitis reversible ☐ Periodontitis Apical crónica no supurativa ☐
Pulpitis irreversible ☐ Periodontitis Apical crónica supurativa ☐

3. ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES

Gingivitis ☐ Periodontitis Juvenil ☐
Periodontitis Avanzada del Adulto ☐

4. ENFERMEDADES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

Candidiasis ☐ Estomatitis Aftosas ☐
Lengua Velloso ☐ Lengua Geográfica ☐
Queilitis Solar ☐ Otras _____

5. TUMORES MALIGNOS, BENIGNOS Y QUISTES

Osteosarcoma ☐
Torus ☐ Osteoma ☐
Quiste Dentigero ☐ Quiste periodontal Lateral ☐
Quiste del conducto Nasopalatino ☐ Otro _____

6. ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES

Granuloma Periférico de Células Gigantes ☐ Ameloblastoma ☐

7. ANOMALÍAS DE TRASTORNO ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL

Fisura del Paladar ☐ Labio y paladar Hendido ☐

8. PERDIDA DE DIENTES POR EXFOLIACIÓN Y ACCIDENTE

Exfoliación Normal ☐ Exfoliación Accidental ☐